

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認申請書

年 月 日

八幡市長様

〒

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

被保険者との続柄 _____

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 _____ 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、確認願います。

被保険者番号										
住 所										
フリガナ										
氏 名										
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日									
おむつ代の医療費控除を受ける年数	(該当するものに○) 1 年目 2 年目以降									